

JOSÉ RAMÓN
GARCÍA SOLÁNS.
Farmacéutico
comunitario
en Zaragoza.



REFLEXIONES TRAS EL ANUNCIO DE "LIBERALIZACIÓN" DE LA VENTA DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS.

(Estas líneas se gestaron al día siguiente del anuncio de las ministras)



Ayer contuve el aliento ante la avalancha de información: si querían distraer la atención de la crisis, del paro, del debate sobre el estado de la nación, lo han conseguido. Han acaparado las portadas de los periódicos, las tertulias de la radio y las entradas de los noticieros en televisión. La estrategia diseñada por Goebbels sigue funcionando: mensaje simple, no necesariamente veraz, repetido hasta la saciedad. Simplificación, trasposición, vulgarización, orquestación, silenciación...

En busca de una estrategia cortoplacista, innecesaria, si no es como cortina de humo, buscando ¿el voto?, ¿qué ahorro?, imponen una medida sin consenso y sin ciencia. Los profesionales somos ignorados. La farmacia, después de ver cómo se desconfiaba de ella para la distribución de los antivirales, útiles contra la pandemia de gripe A, ve de nuevo cómo es vapuleada en su profesionalidad; nos convierten en estanceros, con el agravante de que esta vez prohíben que digamos que "fumar mata", que este medicamento también tiene efectos secundarios.

Por supuesto que me gustaría que existiese la objeción de conciencia, pero más importante me parece la objeción de ciencia. Igual que puedo negarle un

fármaco simpaticomimético usable como descongestivo nasal, de venta libre, a un paciente con hipertrofia prostática o enfermedad cardíaca, o un compuesto con codeína a un paciente asmático, debería poder usar un protocolo similar al británico (<http://www.rpsgb.org.uk/pdfs/ehcguid.pdf>) y decidir si dispenso o no la PDD.

La objeción de ciencia es un elemento previo a la dispensación, como los exámenes a la consecución de la titulación. Igual que se nos reconocen unos conocimientos que nos hacen garantes del fármaco, se nos reconocen y se nos exigen unos conocimientos garantes de nuestro consejo. Al paciente que le pida un medicamento, el farmacéutico podrá, si es el caso, oponer un rechazo en cuanto profesional. Naturalmente será profesionalmente responsable, si su rechazo es causa de daño a la salud del paciente, pero su respuesta no será moral, sino científica.

Si a partir de ahora lo que va a guiar la legislación de los fármacos es la "demanda social", yo propongo hacer de uso publicitario la furosemida y torasemida, pues hay millones de mujeres que sienten que retienen líquidos. Y también uso publicitario para los anabolizantes, ¡pobres deportistas que tienen que doparse a escondidas! ¡Se tie-

nen que dopar en condiciones infrahumanas! Corren el riesgo de que les detengan y les juzguen por doparse, tienen que desplazarse a otros países para poder doparse... Señoras ministras: autoricen, obliguen a que los anabolizantes y otros productos dopantes sean de libre uso por el consumidor.

Ése es para mí el fondo de la cuestión: este Gobierno que tanto se llena la boca de planes estratégicos y uso racional (así se llama la ley) luego banaliza el fármaco, excluyendo a los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeras...) de su control. Pero eso también es goebbeliano¹: eliminar los elementos de control y seguridad que impidan sus objetivos.

Ahora, con unas semanas más de perspectiva, tras una cascada de declaraciones de unos y otros: "Haremos un protocolo", "no habrá protocolo, será una nota informativa", "registraremos el uso", "no habrá ningún registro" y viendo el número de leyes que tienen que cambiar para poder llevar a cabo el anuncio, dudo de que se acabe llevando a cabo tal como se publicitó. Me explico: no se puede hacer de venta libre algo con una dosis mayor de principio activo de la de otro medicamento que precisa de receta para su dispensación. De ser así, nada explicaría la necesidad de receta en los fármacos con ibuprofeno, ranitidina, famotidina, codeína, orlistat y tantos otros que nos dejan vender si la dosis es baja, pero precisan de receta a alta dosis.

No podemos ignorar que la ley actual, la de garantías de uso racional del medicamento, en veintiocho (28) ocasiones, impone, obliga al seguimiento: farmacoterapéutico, del coste/beneficio, de la seguridad... Habría que derogar tales mandatos en aras de la "accesibilidad" al fármaco.

1. El término "técnicas goebbelianas" remite a los 11 principios de la propaganda moderna, atribuidos a Joseph Goebbels, accesibles en la wikipedia (http://es.wikipedia.org/wiki/Joseph_Goebbels), que se resumen en la famosa «Si una mentira se repite suficientemente, acaba por convertirse en verdad».

Ítem más: la dispensación a pacientes menores de 16 años sin consentimiento paterno puede constituir delito. Habría que cambiar o vulnerar la ley de autonomía del paciente.

Por último, la medida de que no pueda haber control alguno de la dispensación supone, de facto, la liberalización de su venta, con el consiguiente riesgo de que la reclamen también las grandes superficies, las gasolineras...

Como muchos otros profesionales de la farmacia, abogo por la asunción de responsabilidades para nuestro colectivo. Quizá sea la hora de dar un paso adelante y reclamar la categoría inglesa de fármacos "P", en España fármacos "F", sólo

dispensables tras la consulta a un farmacéutico (o médico, por supuesto). Y sólo por farmacéuticos acreditados a tal efecto; farmacéuticos que, en un segundo paso, podrían convertirse en prescriptores suplementarios siguiendo otra vez el ejemplo británico.

Participemos, ¡luz y taquígrafos!, ¡ciencia! Que nadie pueda tildar de desviado o partidista la elaboración de protocolos. Pero, ¿quién pone el cascabel al gato? ¿Acaso van a dejar que participemos quienes nos niegan de modo continuo nuestra profesionalidad? Necesitamos que nuestros representantes, SEFAC a la cabeza, se ofrezcan a liderar el cambio². Seguro que contaremos a nuestro lado con la Fundación

Pharmaceutical Care España. La duda es la posición de la corporación farmacéutica: no pueden fomentar diferencias entre farmacéuticos como las que aquí propongo. Apostaría que el Consejo General de COF sumisamente aceptará un documento de mínimos que les permita decir "podría haber sido peor".

Así pues, todos a coro, repetid el mantra: "La PDD no tiene efectos secundarios, su uso es seguro, no hace falta un profesional que monitorice su uso".

La ciencia nos dice que no es así. Reclamemos nuestra profesionalidad. Y luego, actuemos en consecuencia. Y quien quiera objetar en conciencia, que lo pueda hacer.

2. Nota del director: ver información sobre las actuaciones realizadas por SEFAC en esta materia en página 71.

M^a FRANCISCA
EZQUIETA
ZUBICARAY.
Farmacéutica
comunitaria en
Pamplona (Navarra).



REFLEXIONES EN TORNO AL COPAGO DE MEDICAMENTOS Y AL USO DEL TÉRMINO "ATENCIÓN FARMACÉUTICA"



Vengo defendiendo, desde hace muchos años, que el pago de una pequeña parte del precio del medicamento por parte del paciente, incluyendo a los pensionistas, es cada vez más necesario y se debería abordar cuanto antes.

El hecho de que todos los medicamentos sean gratuitos para todos los pensionistas es injusto y, además, provoca un uso inadecuado y abusivo de este importante recurso sanitario. Hay pensionistas que tienen pensiones y medios económicos más que suficientes para costear una parte de sus medicamentos y, sin embargo, hay muchos trabajadores activos a los que les ocurre justo lo contrario. Esta parte proporcional del pago del

medicamento debería ser mayor o menor según el nivel de renta. En los casos extremos (en el límite de la pobreza) deberían ser gratuitos. Corresponde a los economistas de las Administraciones Públicas determinar cómo se calcularía y articularía esta medida, pues se trata de una cuestión económica como cualquier otra aplicada en función del nivel de renta. Tal vez debieran tomar ideas simplemente mirando a otros países de nuestro entorno en los que siempre se paga algo por los medicamentos y no tienen unas cifras globales de gasto en medicamentos de alrededor del 23% sobre el gasto sanitario total, como nos ocurre a nosotros. Deberíamos aspirar a que nuestros

impuestos se administren de forma justa y eficiente, y el hecho de que todos los pensionistas tengan el acceso a los medicamentos absolutamente gratuito no es ni justo ni equitativo.

Habitualmente se enfoca mal la cuestión del copago porque se argumenta que la parte proporcional que se puede llegar a cobrar supondría un ahorro tan pequeño que no solucionaría el problema de la cada vez más alta factura de medicamentos para el sistema público. Pues bien, el beneficio derivado del hecho de que los pensionistas pagaran una pequeña parte por sus medicamentos supondría que se racionalizaría el gasto, pues los enfermos retirarían de la farmacia sólo lo que verdaderamente necesitaran. Si tuvieran que pagar, aunque fuera una mínima parte del precio, automáticamente disminuiría el gasto farmacéutico de una forma notable. Si alguien tiene una duda sobre esto sólo tiene que comparar durante un mes la dispensación de medicamentos de los pensionistas que tienen copago (Muface, Isfas, etc.) con la del resto.

En un escenario de copago no escucharíamos una frase tan cotidiana hoy en la farmacia como la de "casi estas cápsulas también me las das, por si acaso". Todos sabemos que generalmente un

mes después esa caja de cápsulas suele aparecer prácticamente entera en el contenedor del Sigre.

✓ NO ES SÓLO POR EL AHORRO

Pero no definiendo esta fórmula sólo por una cuestión de ahorro para el sistema (que también gastaría menos al tener que destruir menos sobrantes), sino por algo mucho más importante: como sanitaria.

Quiero que mis enfermos tengan en casa sólo los medicamentos que necesitan, que los usen correctamente según mis indicaciones y que no los acumulen sin ninguna lógica, sólo porque son gratuitos. El ahorro del copago no provendría de la pequeña contribución económica que supone la aportación proporcional o no al precio, sino de evitar el enorme derroche que supone la gratuidad. Lo que no se paga no se valora, y se acaba derrochando. Todos lo comprobamos cada día. Tal vez mis argumentos anteriores pueden no convencer a algunos, pero seguro que todos estamos de acuerdo en que ningún político, salvo raras y honrosas excepciones, quiere abordar la cuestión del copago porque es políticamente incorrecta. ¿Qué político se arriesgaría a perder el voto de los pensionistas diciéndoles que les van a cobrar en la farmacia cuando vayan a retirar sus medicamentos...? Y así, unos por otros, se sigue sin abordar esta cuestión. Tendrá que llegar el día en que los partidos políticos, por lo menos los dos partidos mayoritarios, pacten y asuman la impopularidad de la medida poniéndola en marcha. Como decía al comienzo, el hecho de que los medicamentos sean gratuitos para todos los pensionistas puede parecer muy equitativo y solidario, pero es radicalmente injusto y genera el abuso de este importante recurso sanitario, con las consecuencias de hipermedicalización de la sociedad -que no significa en absoluto mejor salud- y un derroche de recursos económicos que podrían derivarse a otros fines mucho más eficientemente.

✓ MALO PARA EL FARMACÉUTICO

Por otra parte, en mi opinión, el hecho de que los medicamentos sean gratuitos va directamente contra los intereses de los farmacéuticos.

Puede que algunos no estén de acuerdo, pues si los pensionistas tienen que

pagar, venderemos menos, claro. Sin embargo, como el gasto farmacéutico sigue subiendo, las autoridades sanitarias siguen queriendo controlarlo (los genéricos no ayudan mucho con los precios de los medicamentos nuevos tan altos), bajando una y otra vez nuestros márgenes, de modo que continuamos vendiendo lo mismo y ganando cada vez menos, mientras nuestros depósitos de medicamentos no utilizados (Sigre) rebosan. Y de nuevo a recortar los márgenes. Esta práctica es tan habitual, llevamos tantos años sufriendola, que nos debería haber enseñado algo hace tiempo, pero está claro que no aprendemos.

Creo que en Cataluña, de donde proceden las únicas voces realistas y valientes sobre esta cuestión, alguien hizo una tesis doctoral estudiando en varias farmacias el contenido de los depósitos Sigre. No nos hace falta buscar los resultados, los sabemos.

En resumen, considero que la falta del copago en los medicamentos va paradójicamente en contra de nuestros directos intereses económicos, pero sobre todo va contra la salud de nuestros pacientes, si pretendemos que se haga un uso racional de los medicamentos y se retiren de la farmacia sólo los estrictamente necesarios.

La gratuidad va también en contra de la actividad de los médicos que se ven continuamente presionados por los pacientes para recetar más medicamentos de los que consideran necesarios y son vigilados en sus prescripciones hasta penalizarles económicamente si prescriben más o más caro, con lo que tiene de limitante para su actividad asistencial y enfoque sanitario. Además, ahora que estamos todos muy sensibilizados, va en contra del medio ambiente al tener que destruir ingentes cantidades de productos químicos con actividad farmacológica.

✓ NO TODO ES “ATENCIÓN FARMACÉUTICA”

Cambio ahora de asunto para reflexionar sobre otra cuestión importante para la profesión, en este caso el uso del término atención farmacéutica (AF). La AF es la actividad que pretende utilizar nuestros conocimientos sobre los fármacos para que resulten efectivos y seguros en nuestros pacientes, y no es AF la actividad que consiste en hacerlos

llegar cómodamente a los enfermos lo más cerca posible de su domicilio.

Observo que cada vez se confunde más el término asistencial con el hecho de abastecer de medicamentos a la población. Por ejemplo, la Ley de Farmacia en Navarra se llama Ley de Atención Farmacéutica, aunque para nada hace mención a dispensación activa o seguimiento farmacoterapéutico, y algunos colegas de esta comunidad llegan a referirse a calidad en AF como garantía de suficiencia en el suministro del medicamento. Por otra parte, y en otro campo cercano, acabo de recibir el informe sanitario de aptitud laboral de mi auxiliar de farmacia, y cuál ha sido mi sorpresa al comprobar que denominan a su puesto de trabajo “Atención Farmacéutica”.

La terminología no puede ser más confusa, hasta el punto de que ya es costumbre escuchar que la AF se ha hecho siempre en la farmacia, lo que no se corresponde en absoluto con la realidad. Si alguien todavía no sabe lo que es la AF y lo confunde con abastecimiento de medicamentos a la población o con amables consejos de educación sanitaria, ahora ya puede consultar el Documento de consenso de Foro de Atención Farmacéutica (lo proporciona SEFAC y también los colegios) donde se explica muy bien.

Tal vez deberíamos ir pensando en cambiar el término y volver al original de **seguimiento farmacoterapéutico** o algo similar que de verdad refleje una actividad de servicios cognitivos más allá del simple abastecimiento de medicamentos a la población.

En este tema, así como en el de la retribución de nuestros honorarios por servicios de AF separados del margen sobre el medicamento, creo que los farmacéuticos nos equivocamos al no abordarlos directa y valientemente, abriendo un debate serio entre nosotros si queremos llenar de contenido nuestra actividad profesional. O tal vez sea yo la equivocada y estos planteamientos que hago aquí sean excesivamente rigurosos y exigentes para que un porcentaje suficientemente alto de mis compañeros los compartan. Algunos pueden pensar, a pesar de haber superado con éxito una carrera universitaria que estudia el medicamento, que resulta más cómodo gestionar una tienda que ejercer una profesión. **FC**